

# МОДЕЛИ ЗА РАННО СЛЕДОПЕРАТИВНО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ – МЕДИЦИНСКИ, СОЦИАЛНИ И ИКОНОМИЧЕСКИ АСПЕКТИ

Стефка Георгиева, Петя Кантарева, Антоанета Терзиева, Надка Василева,  
Пепа Бикова

*Факултет по обществено здраве, Медицински университет - София*

## SYSTEMS FOR EARLY POSTOPERATIVE ENHANCEMENT – MEDICAL, SOCIAL AND ECONOMICAL ASPECTS

Stefka Georgieva, Petya Kantareva, Antoaneta Terzieva, Nadka Vassileva, Pepa Bikova

*Faculty of Public Health, Medical University Sofia, Bulgaria*

### РЕЗЮМЕ

**Въведение:** От края на миналия век в хирургията настъпиха революционни промени. Въвеждането на лапароскопските и други миниинвазивни техники, използването на нови протезни материали при херниопластика, нови техники и методи в офталмологичната хирургия, артроскопските операции и др. позволяват голям обем операции да бъдат обект на амбулаторно или еднократно лечение.

Създадени са мултимодални подходи и системи, в които участват хирург, анестезиолог, медицинска сестра и рехабилитатор и които имат за цел ранно възстановяване на пациентите – физическо и социално, минимален болничен престой, превенция на следоперативните усложнения, минимална следоперативна болка. Като резултат от това, освен преките медицински и социални ползи, се доказва и значителна икономическа ефективност.

**Цел:** Да се предложи комплексна мултимодална програма за ранно следоперативно възстановяване и се определят областите за приложение ѝ.

**Материал и методи:** Точките, които включва програмата за ранно следоперативно възстановяване, са:

1. Подобряване на предоперативните грижи.
2. Намаляване на физическия и психическия стрес от оперативното лечение.
3. Осигуряване на комфорт в постоперативния период и подобряване на следоперативните грижи.

### ABSTRACT

**Introduction:** Since the end of the last century revolutionary changes have occurred in the field of surgery. The introduction of laparoscopic and other minimally invasive techniques, the use of new materials in hernia repair prostheses, new techniques and methods in ophthalmic surgery, arthroscopic operations and others. They allow a high volume of operations to be a subject to an outpatient or day treatment.

There are multimodal approaches and systems involving a surgeon, an anesthesiologist, a nurse and a therapist. Their aim is an early recovery of the patients - physically and socially, minimal hospital stay, prevention of postoperative complications, and minimal postoperative pain. As a result, in addition to the direct medical and social benefits, there is also proven and significant economic efficiency.

**Aim:** To offer comprehensive multimodal program for early postoperative recovery and identify areas for its application.

**Materials and Methods:** The points which are included in the program for early postoperative recovery are:

1. Improvement of preoperative care.
2. Reduction of physical and mental stress of surgery.
3. Providing comfort in the postoperative period and improved postoperative care.

**Conclusion:** The issue of early recovery after surgery is as ancient as surgery as a science. But this problem has acquired a new dimension in the last decade, when minimally invasive methods were included in almost all areas of surgery and when the quality of life of

**Заключение:** Въпросите за ранно възстановяване след операция са древни, колкото е древна и хирургията като наука. Но актуалността на този проблем придобива нови измерения в последното десетилетие, когато миниинвазивните методи застъпват почти всички области на хирургията и когато качеството на живот на пациентите е един от основните жалони, определящи качеството на медицинската дейност.

**Ключови думи:** ранно следоперативно възстановяване, сестрински грижи, следоперативни усложнения

„От предизвикателството за подобряване на качеството на хирургичните грижи не се откриват нови знания, а по-скоро как да се интегрират на практика тези, които ние вече знаем.“

Мото на **ERAS**

## ВЪВЕДЕНИЕ

В началото на 21 век се наложи да бъдат извършени реформи на здравните системи в почти всички държави в света. В повечето обаче те все още продължават. Основните причини са: задълбочаващата се световна икономическа криза, застаряване на населението, увеличаване на хроничните заболявания.

Всичко това налага да се извърши анализ на съществуващите ресурси в здравната система с цел да се разработят ефективни системи за грижи. Международният опит показва, че за да се преодолее кризата в здравеопазването, е необходимо рационално използване на сестринския персонал и съкращаване на болничния престой на пациентите.

Независимо от разнообразието в професионалните роли и функции на сестринството през последното десетилетие се провеждат различни изследвания, които показват положителни данни за ефективността на сестринските дейности. Установява се, че специалистите по здравни грижи осигуряват добро качество на здравните грижи при по-ниска цена.

Качеството на здравните грижи се изразява в предоставянето на всеки пациент на дейности, подобряващи здравето му и осигуряващи удовлетвореността му.

Подобряването на качеството на дейността на съвременната болница изисква да се следи не-

*patients is one of the benchmarks that determine the quality of medical activity*

**Keywords:** recovery after surgery, nurse care, post-operative complications

„The immediate challenge to improving the quality of surgical care is not discovering new knowledge. But rather how to integrate what we already know into practice.“

прекъснато удовлетвореността на пациентите от предлаганите медицински услуги. За пациентите качеството се основава на множество критерии, при които субективността има голяма роля за крайната удовлетвореност. За тях качествена е тази услуга, чието реално предоставяне се приближава максимално до очакванията им. Пациентите вече не се смятат за пасивни получатели на услуги. Те изискват повече по отношение на качеството на грижите и вече не приемат безуловно решенията и действията на здравните професионалисти. Пациентите обръщат най-голямо внимание на резултатността и достъпа до медицинска помощ. Така характеристиките, отнасящи се до удовлетвореността на пациентите, оказват влияние непосредствено върху здравето на населението.

В последните години все по-голямо значение се отдава на ранното възстановяване на пациентите след операция и запазване на качеството на живот, без това да нарушава основните хирургични правила и принципи.

Въпреки напредъка в съвременната хирургия и анестезиология значителна част от пациентите, претърпели хирургично лечение, страдат от постоперативни усложнения.

От края на миналия век в хирургията настъпиха революционни промени. Въвеждането на лапароскопските и други миниинвазивни техники, използването на нови протезни материала-

ли при херниопластика, нови техники и методи в офталмологичната хирургия, артроскопските операции и др. позволяват голям обем операции да бъдат обект на амбулаторно или едnodневно лечение.

Създадени са мултимодални подходи и системи, в които участват хирург, анестезиолог, медицинска сестра и рехабилитатор и които имат за цел ранно възстановяване на пациентите – физическо и социално, минимален болничен престой, превенция на следоперативните усложнения, минимална следоперативна болка. Като резултат от това, освен преките медицински и социални ползи, се доказва и значителна икономическа ефективност.

### ЦЕЛ

Да се предложи комплексна мултимодална програма за ранно следоперативно възстановяване и се определят областите за приложението ѝ.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В началото на деветдесетте години на двадесети век за първи път започва да се говори за системи за грижа за болния при хирургично лечение, водещи до ранно следоперативно възстановяване и връщане към нормален начин на живот. Като основоположник на този подход е редно да бъде посочен Henrik Kehlet, професор в медицински институт в Копенхаген, Дания, който за първи път прави задълбочени проучвания относно патофизиологичните промени, настъпващи в човешкия организъм в резултат на хирургичната травматичната увреда и последващата хирургична стрес реакция. Като анестезиолог по специалност в ежедневната си практика има възможността да изучи всички аспекти на хирургичните патофизиологични промени, автор на повече от 700 международни статии и първи въвел в медицината определението "fast-track surgery". Идеята за мултимодален подход за ранно възстановяване на Henrik Kehlet събира през 2001 година Kennet Fearon, професор по хирургия в университета в Единбург, Великобритания, и Olle Ljungqvist, професор в Каролински университет, Стокхолм, Швеция, които сформират първата в света работна група на тема ранно възстановяване след оперативна интервенция. В резултат на четири години задълбочена работа през 2005 година е представен първият цялостен гайдлайн за ускорено възстановяване на пациенти след хирургична интервенция. Поради публику-

ваните в следващите няколко години добри резултати, базирани на спазване на препоръките за ранно следоперативно възстановяване, протоколите и системите за ранно следоперативно възстановяване добиват значително популярност и започват да се прилагат активно в САЩ, Дания, Швеция, Германия, Италия. През 2010 година в Стокхолм, Швеция, на тържествена церемония е поставено началото на "ERAS society". През следващите няколко години до момента се провеждат ежегодни конгреси и работни срещи с цел подобряване и въвеждане в практиката на все по-широк кръг от подходи за ранно следоперативно възстановяване.

Въпросите за ранно възстановяване след операция са древни, колкото е древна и хирургията като наука. Но актуалността на този проблем придобива нови измерения в последното десетилетие, когато миниинвазивните методи застъпват почти всички области на хирургията и когато качеството на живот на пациентите е един от основните жалони, определящи качеството на медицинската дейност.

Разглеждайки този безспорно актуален проблем, не срещнахме затруднения при намиране на литературни източници. Проблемно беше сред обръкването многообразието от писания да се пресеят тези, които интерпретират дискуссионните, недостатъчно изяснените проблеми в ранното следоперативно възстановяване. Постарахме се обзорът да бъде критичен анализ на спорните въпроси по проблема, на статиите които аргументирано застъпват определени тези и другите, които не по-малко аргументирано защитават контратези. И анализът на дискуссионните и недостатъчно доказаните проблеми да залегне като цел и задачи на нашите бъдещи научни търсения и проучвания.

Всяка година в САЩ се извършват приблизително 30 милиона оперативни интервенции. Значителна част от бюджета за здравеопазване на всяка държава се разходва за лечението на пациенти, подложени на оперативна операция. Скорошни проучвания на резултатите при хирургично лечение насочват вниманието ни към ускоряване на следоперативното възстановяване, детерминирано чрез продължителност на болничния престой, заболяемост и смъртност, време за пълно функционално и социално възстановяване (било връщане на работа или възстановяване на ежедневната активност) и задоволеност на пациентите. Стойността на тези показатели се подобри значително през последните двадесет години, главно поради засиленото вни-

мание към множество фактори, оказващи влияние върху качеството на оперативната интервенция (хирургична техника, обем хирургична дейност в конкретни клиники, подобряване на организацията в конкретни структури). До някъде напредъкът се дължи и на активната колаборация между здравните фондове, финансиращи лечението на пациентите и лечебните заведения, осъществяващи лечебните процеси. Въпреки този неоспорим напредък все още е значителен броят на хирургичните пациенти с периоперативни усложнения и тежък следоперативен период.

Програмите за ускорено възстановяване, известни още като бърза писта („fast-track“) програми, са базирани на доказателствени протоколи, проектирани да стандартизират медицинска помощ, с цел подобряване на медицинските резултати и по-ниски разходи за здравеопазването. „Fast-track“ протоколите са разработени най-вече за приложение при пациенти, подложени на оперативно лечение по повод колоректални заболявания, с цел намаляване на физиологичния стрес и постоперативната органна дисфункция чрез оптимизиране на периоперативните грижи и възстановителния период. Организирането и постигането на висока ефективност на всеки fast-track протокол изисква отдаденост и активно участие на всеки член от един мултидисциплинарен екип, включващ хирурзи, анестезиолози, специалисти здравни грижи и други.

Първоначално в практиката са интегрирани „fast-track“ протоколи с цел извеждане на някои хирургични процедури в така наречената „еднодневна“ хирургия. Натрупаният опит в резултат на приложението на тези протоколи води до увеличаване броя на оперативните интервенции, при които могат да бъдат използвани, а също така и приложение при все по-сложни процедури с цел намаляване продължителността на болничния престой, ускорено възстановяване на здравето и функционално състояние.

Целите и задачите на „fast-track“ протоколите за възстановяване включват намаляване на оперативния стрес-отговор и намаляване на крайната органна дисфункция чрез интегриран предоперативен, интраоперативен и следоперативен подход. Критериите за дехоспитализация при спазване на „fast-track“ протоколите не се различават от тези при конвенционалните подходи, но желаните резултати се постигат в по-кратък срок.

Точките, които включва програмата за ранно следоперативно възстановяване, са:

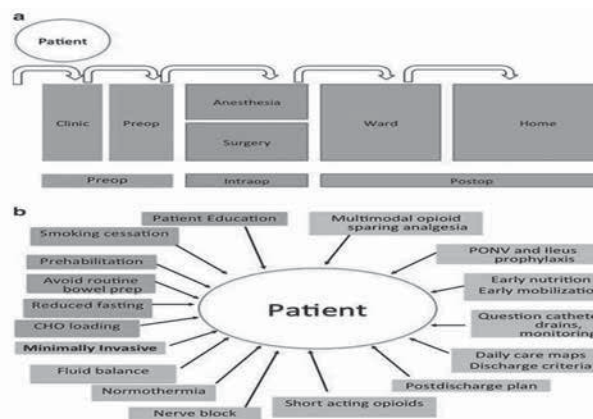


## 1. Подобряване на предоперативните грижи

От изключителна важност е в предоперативния период пациентът да получи изчерпателна информация и насоки какво представлява операцията и какво да очаква след нея. От друга страна изключително важно, освен неговото участие, е и участието на неговото семейство и личния му лекар. Това увеличава шансовете пациентът да бъде по-малко стресиран и по-добре подготвен за операцията, а оттам и следоперативното му възстановяване да бъде по-бързо.

### Предоперативната оценка:

- Пълна оценка на здравословното състояние на пациента. Включва и консултация с анестезиолог, която се извършва веднага след като се е взело решение, че болният трябва да бъде подложен на оперативно лечение.
- Пациентът има възможност да бъде в максимално добра физическа форма за операцията и анестезията.
- Пациентът напълно разбира, че трябва да се подложи на оперативно лечение и е съгласен с този вид на лечение.
- На пациента се дава възможност в предоперативния период да бъде подложен на оптимален диетичен режим, спиране на вредни и рискови навици и фактори (тجو-



тюнопушене, алкохол, алергени, евент. наркотици и др.).

- Медицинският персонал предварително планира от какви медицински грижи и медикаменти ще се нуждае болният, след като постъпи в болницата.
- Датата, за която е назначена операцията, присъства в рапортите на всички медицински звена на болницата (рапорт на медицинските сестри, оперативна програма на операционният бло и лекарския рапорт).

## 2. Намаляване на физическия и психическия стрес от оперативното лечение

Използват се най-добрите практики за намаляване на физическия и психическия стрес преди операцията.

- Минимално инвазивни техники на работа: или по-малки разрези, или лапароскопска операция.
- Епидурална анестезия по възможност.
- Нормотермия по време на оперативната интервенция.

## 3. Осигуряване на комфорт в постоперативния период и подобряване на следоперативните грижи

- Ранно следоперативно раздвижване с максимално бързо възстановяване на нормалния физически режим с възможност за активно самообслужване.
- Ефективна следоперативна аналгезия - следоперативната болка да се контролира и намали до минимум с цел редукция на стресовата реакция на организма след оперативна интервенция. Използване на подходяща ниска доза епидурално обезболяване, за да могат пациентите да бъдат по-мобилни и активни.
- Използване на назогастрална сонда само при строго прецизирани показания.
- Ранно захранване и възстановяване на нормален диетичен режим с прием на оптимално количество храна.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въпросите за ранно възстановяване след операция са древни, колкото е древна и хирургията като наука. Но актуалността на този проблем придобива нови измерения в последното десетилетие, когато миниинвазивните методи застъпват почти всички области на хирургията и когато качеството на живот на пациентите е един от основните жалони, определящи качеството на медицинската дейност.

